

## ARTÍCULO ORIGINAL

# ¿Cuántas internaciones en la unidad coronaria se podrían haber evitado?

Capece, Raúl Héctor; Borgo, José Carlos

Unidad Coronaria, Hospital Interzonal General de Agudos "Evita", Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Contacto: Capece, Raúl Hector. Rio de Janeiro 1910, Lanús, Buenos Aires, Argentina; rhcapece@hotmail.com.ar

## Resumen

**Introducción:** En un área crítica existen un número relevante de internaciones que se pueden evitar. **Objetivo:** Estimar el número de internaciones de una unidad coronaria que se podrían haber evitado, si los pacientes hubieran tenido la contención y el control ambulatorios adecuados, y relacionándolos con el sistema de atención y prestación (hospital público, obras sociales, prepagos). **Materiales y métodos:** Se estudiaron todos los ingresos en la unidad coronaria del Hospital Evita de Lanús entre octubre de 2016 y junio de 2017. Para considerar si su internación pudo ser evitada, se emplearon los criterios: síntomas clásicos y mayores de enfermedad cardiovascular en los últimos treinta días que hayan originado consultas médicas y que no recibieron diagnóstico o tratamientos pertinentes; abandono de tratamientos en pacientes portadores de enfermedad cardiovascular, control inadecuado de factores de riesgo cardiovascular principales diagnosticados previamente. **Resultados:** Del total de 146 pacientes se estratificaron en dos grupos: grupo enfermedad preexistente (n: 116) y grupo debut de enfermedad (n: 30). En el primero, predominó el sexo masculino (63,0%), la edad global fue de 62,9 años. Los síndromes coronarios agudos representaron el diagnóstico de ingreso más prevalente (33,6%). El 41,3% de los pacientes no realizaron controles médicos en los últimos tres años, el 25,0% no cumplía tratamientos farmacológicos y el 60,7% no adhería al tratamiento dietario. Los tratamientos fueron incompletos e inadecuados en el 35,3%. En el grupo debut de enfermedad predominó el sexo masculino (83,3%), la edad global fue de 54 años; el diagnóstico más prevalente fue enfermedad coronaria 70,0%. El 90,0% no tenían control médico, y no mostraron diferencias en su evolución en relación al grupo enfermedad preexistente, en la meta de disminuir las internaciones y/u hospitalizaciones evitables.

**Palabras clave:** hospitalización evitable, enfermedad coronaria, cuidados intensivos, prestación de atención de salud.

## Abstract

**Introduction.** In a critical care area, a significant number of hospitalizations can be avoided. **Objective.** To estimate the number of hospitalizations in the coronary unit that could have been avoided if the patients had an adequate ambulatory control and containment by the health care system (public hospital, prepaid social work). **Materials and methods.** They were studied all hospitalizations of the coronary unit of the Hospital Evita of Lanús, Buenos Aires, Argentina, occurred between October 2018 and June 2017. To consider if their hospitalization could have been avoided, the following criteria were used: classical and major symptoms of cardiovascular disease in the last thirty days that originated consultations and that did not receive diagnosis or relevant treatments, abandonment of treatments in patients with cardiovascular disease, and inadequate control of major cardiovascular risk factors previously diagnosed. **Results.** The 146 patients studied were classified into two groups: the pre-existing disease group (n: 116) and the disease debut group (n: 30). In the former, the overall age was 62.9 years and most of them were males (63.0%). The most prevalent diagnosis of admission was acute coronary syndromes (33.6%). 41.3% of the patients had not performed medical controls in the last three years, 25.0% did not comply with pharmacological treatments and 60.7% did not adhere to the dietary treatment. The treatments were incomplete and inadequate in 35.3% of the cases. In the disease debut group, the overall age was 54 years and most of them were males (83.3%); the most prevalent diagnosis was coronary heart disease (70.0%) and 90.0% had no medical control and showed no differences in their evolution in relation to the preexisting disease group, in the goal of reducing hospitalizations and/or avoidable hospitalizations.

**Key words:** avoidable hospitalization, coronary disease, critical care, delivery of health care.

## Introducción

Es ampliamente conocido que los sistemas de salud eficientes se caracterizan por tener registro de todas sus acciones, criterios unificados de diagnóstico y tratamiento, una fácil accesibilidad y permanentes actividades de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Así mismo, Dahlgren y Whitehead<sup>1</sup> definieron el concepto “campo de salud” desde el punto de vista epidemiológico, y sostuvieron que en el análisis de dicho campo teórico (en donde se desarrolla el fenómeno de salud-enfermedad), se deben tener en cuenta los factores biológicos individuales de riesgo, los medioambientales, los hábitos de vida, el medio laboral y recreativo; y por primera vez en la literatura médica, se menciona el comportamiento del sistema prestador médico como condicionante de los resultados. Dahlgren y col. definieron también el concepto de “evento centinela” como aquella enfermedad o muerte evitable, que por su aparición, demuestra la ineficiencia del sistema prestador.

En nuestro país, un reciente trabajo colaborativo de la Sociedad Argentina de Cardiología<sup>2</sup> estudió la influencia de la cobertura médica sobre el tratamiento y el pronóstico del infarto con supra-desnivel del segmento ST en el electrocardiograma, y se evidenciaron las diferencias reflejadas en el tipo de tratamiento y pronóstico de los pacientes, según sus niveles de cobertura en salud. Además, otros autores señalaron la importancia de la relación médico-paciente en la eficiencia de los sistemas de salud, y cómo una inadecuada relación es una fuente fundamental del gasto sanitario improductivo<sup>3-7</sup>.

Capecce y col. demostraron cómo el nivel de conocimiento de los pacientes con hipertensión arterial en relación a su enfermedad, se relacionaba en sentido inverso con la gravedad de las formas clínicas y el pronóstico.

Por otra parte, Rubinstein y col. reportaron que un 27 % de las internaciones eran evitables si los sistemas de salud y los pacientes tenían conductas más apropiadas respecto de su enfermedad cardiovascular<sup>8</sup>. Las internaciones evitables representan un fracaso sanitario, un importante gasto en salud evitable y constituyen un “evento centinela”. Por ello, ahondar en sus causas es un primer paso para intentar resolver este complejo problema. La hipótesis de este estudio indica que en una unidad coronaria (UCO) existen un número relevante de internaciones que se podrían evitar si los sistemas prestadores actúan eficazmente y de modo homogéneo, en los diferentes procesos de la prevención y promoción de la salud, y en la atención y control ambulatorio de los pacientes afectados por patologías crónicas.

El objetivo del estudio es estimar el número de internaciones evitables producidas en la UCO del Hospital Interzonal de Agudos (HIGA) Evita de Lanús, si los pacientes hubieran tenido la contención y el control ambulatorios adecuados; y relacionar las internaciones evitables con el sistema de prestación de los pacientes (sistema público, PAMI, obras sociales sindicales, prepagos lucrativos). Otro objetivo es analizar el grupo de pacientes para quienes su enfermedad es el inicio de sus dolencias.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron a la UCO del HIGA Evita de Lanús en el período comprendido entre octubre de 2016 y junio de 2017. Se estableció la situación clínica aguda que condujo a la internación de cada paciente, y si esta pudo ser evitada. También se registró el tipo de cobertura de salud de cada paciente según las categorías: sistema público de salud, PAMI, obras sociales sindicales y prepagos lucrativos). La identificación de cada paciente se realizó con código alfanumérico. Las variables recolectadas se detallan en la Tabla I. La información fue registrada por un solo operador utilizando una única base de datos de acceso exclusivo a dicho operador. La misma se conservará por un período de 5 años, procediendo luego a su destrucción. Se excluyeron los pacientes con re-internaciones y con historias clínicas que no contenían la totalidad de los datos requeridos en la planilla. Se incluyeron pacientes con y sin enfermedad pre-existente. Se analizaron las internaciones evitables en el grupo de pacientes con enfermedad pre-existente (GEP). También se analizaron las características de aquellos pacientes, para quienes su enfermedad fue el inicio o el debut de sus dolencias. Se analizaron los diagnósticos al momento del ingreso y se categorizaron como: bradiarritmias (enfer-

**Tabla I.** Variables analizadas por cada paciente.

1. Edad
2. Sexo
3. Cobertura médica: Sin cobertura, PAMI, Obras Sociales, Prepagos Lucrativos.
4. Nivel de instrucción: primaria, secundaria, terciaria, universitaria - completa/incompleta
5. Anamnesis: directa o indirecta
6. Diagnóstico sindromático
7. Diagnósticos secundarios
8. Atención en los últimos 3 años
9. Número de atenciones por año
10. Indicación de tratamiento higiénico-dietético - Cumplimiento/no cumplimiento; motivos
11. Indicación de tratamiento farmacológico - cumplimiento/no cumplimiento; motivos
12. Factores de riesgo vascular: a) hipertensión arterial b) tabaquismo c) dislipemias d) diabetes e) índice de masa corporal f) sedentarismo g) estrés h) menopausia.
13. Tratamiento previo; completo – incompleto // adecuado – inadecuado
14. Estudios solicitados en internación
15. Fármacos agregados al tratamiento
16. Evolución: alta médica, alta voluntaria, pase a sala, derivación, muerte.

medad del nódulo sinusal, bloqueo auriculo-ventriculares, fibrilaciones auriculares de baja respuesta ventricular, taquiarritmias [taquicardias paroxísticas supraventriculares, aleteos auriculares, fibrilaciones auriculares de alta respuesta ventricular y taquicardias ventriculares] y misceláneas [trombo-embolismo pulmonar, la sepsis, estados post-quirúrgicos, recambio de generadores de marcapasos y paro cardio-respiratorio].

Los criterios para definir que una internación pudo ser evitada fueron: 1) síntomas clásicos y mayores de enfermedad cardiovascular en los últimos treinta días que hayan originado consultas médicas y que no recibieron diagnóstico o tratamientos pertinentes, 2) abandono de tratamientos en pacientes portadores de enfermedad cardiovascular, en pacientes que tuvieron dificultades de accesibilidad al sistema para ser controlados o imposibilidad económica de adquirir medicamentos apropiados, 3) retrasos en los procesos de diagnóstico y 4) control inadecuado de factores de riesgo cardiovascular principales diagnosticados previamente, y fallas en el tratamiento de las patologías prevalentes. Se estableció según estos criterios, el número total de pacientes que tuvieron internaciones evitables, la tasa general de internaciones evitables y la tasa ajustada por sistema prestador de salud. Se compararon dichas tasas ajustadas través del cálculo del Chi Cuadrado [Pearson]. Se comparó el perfil de variables seleccionadas según el tipo de cobertura de un prestador de salud o la carencia de la misma.

## Resultados

Se incorporaron al estudio un total de 154 pacientes ingresados a la UCO durante un período de nueve meses, 8 pacientes fueron excluidos dado que correspondían a re-internaciones. Del total de 146 pacientes se conformaron dos grupos: uno de enfermedad preexistente (GEP) N: 116 y el grupo de debut de enfermedad (GDE) N: 30. En el GEP predominó el sexo masculino N: 73 (63,0 %) vs femenino N: 43 (37,0 %). La edad global fue de 62,9 años y analizada por sexos, los varones tuvieron una media de edad de 67,7 años y las mujeres 54,9 años. La anamnesis fue directa en 104 pacientes (89,6 %) e indirecta en 12 (10,3 %). Los diagnósticos de ingreso fueron: síndromes coronarios agudos (SCA) 39 pacientes (33,6 %) y de ellos, 21 correspondían a SCA con elevación del ST y 18 a SCA sin elevación del ST, bradiarritmias 19 (16,3 %), insuficiencia cardíaca 16 pacientes (13,7 %), emergencias hipertensivas 10 (8,6 %), taquiarritmias 10 (8,6 %), síncope 5 pacientes (4,3 %), shock cardiogénico 4 (3,4 %), taponamiento cardíaco 2 (1,7 %) y misceláneas 11 (9,4 %). Respecto al prestador de salud, 75 pacientes tenían cobertura a través de PAMI (64,6 %), 7 a través de obras sociales (6 %), 2 a través de prepago (1,7 %) y 32 no disponían de cobertura médica (27,5 %). Otros datos de relevancia mostraron que 2 pacientes no poseían escolaridad (1,7 %), 60 escolaridad primaria completa (51,7 %), 20 escolaridad primaria incompleta (24,1 %), 10 escolaridad secundaria completa (8,6 %) y 16 escolaridad secundaria incompleta (13,7 %). Cuarenta y ocho pacientes (41,3 %) no habían concurrido a controles médicos en los últimos tres años o por períodos

mayores, y del grupo con controles médicos 16 pacientes tuvieron al menos un control anual (13,7 %), 18 dos controles por año (15,5 %) y 34 tres o más controles anuales (29,3 %). En cuanto a los tratamientos farmacológicos, 104 pacientes tenían la prescripción realizada (89,6 %), de los cuales 78 cumplía con el tratamiento y 26 no lo cumplía (20 pacientes por decisión propia (77,7 %) y 6 por razones económicas (23 %)). Por otro lado, 102 pacientes recibieron la indicación de tratamiento dietético (87,9 %) y 62 no adhirieron a esa indicación (60,7 %). Las causas de la no adhesión fueron: 53 (85,4 %) por decisión propia y 11 (17,7 %) por motivos económicos. Los factores de riesgo vasculares hallados en el grupo fueron; hipertensión arterial (HTA) en 92 pacientes (79,3 %), diabetes (DBT) en 38 (32,7 %), tabaquismo (TAB) en 34 (29,5 %), dislipemias (DLP) en 36 (31,03 %), sedentarismo (SED) en 68 (58,6 %), estrés (STS) en 57 (49,1 %) y menopausia en el 93% de las mujeres. El índice de masa corporal (IMC) se muestra en la Tabla II. Se puede observar que 51 pacientes tenían sobrepeso (43,9 %) y 39 eran obesos (33,6 %). Los tratamientos fueron completos y adecuados en 75 pacientes (64,6 %) e incompletos e inadecuados en 41 (35,3 %). Estos últimos fueron pacientes con miocardiopatía dilatada, que sin contraindicaciones, no recibían beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o similares, espirolactona, diuréticos de asa si fueran necesarios y cuando corresponda inotrópicos; o pacientes hipertensos, diabéticos y obesos que recibían tratamiento pero continuaban con hipertensión (medicados no controlados), con hemoglobina glicosilada mayor a 8 %, lo que evidenciaba mal control metabólico, sin indicación de dieta hiposódica e hipocalórica, o pacientes re-vascularizados por su enfermedad coronaria que no recibían antiagregantes, o aquellos con fibrilaciones auriculares que no se encontraban anti-coagulados aun sin tener contraindicaciones y sin oponerse al tratamiento. Se describen tratamientos y/o conductas inadecuadas como: a) paciente que consulta por desgano y cansancio con un bloqueo auriculo-ventricular completo evidenciado por electrocardiograma al cual se le solicita un holter 24 horas que retrasa su internación 45 días, cuando la indicación adecuada es la internación inmediata para el implante de un marcapasos definitivo. En general, esto ocasiona que al momento del ingreso el paciente se encuentra descompen-

**Tabla II.** Valores de índice de masa corporal según criterios de la Organización Mundial de la Salud.

IMC	Global n=116	Masculino n=73	Femenino n=43
<20	1	1	0
20.0 – 24.9	25	13	12
25.0 – 29.9	51	32	19
30.0 – 34.9	24	16	8
35.0 – 39.9	9	7	2
>40	6	4	2

**Tabla III.** Variables epidemiológicas y terapéuticas del GEP según cobertura.

	Con cobertura n = 84 n (%)	Sin cobertura n = 32 n (%)	p-valor
<i>Sexo</i>			
Masculino	49 (59,8)	24 (75,0)	NS
Femenino	35 (41,6)	8 (25,0)	NS
<i>Edad (años)</i>			
Global	74,3	57,3	NS
Varones	73,4	56,0	NS
Mujeres	75,6	61,2	NS
<i>Anamnesis</i>			
Directa	75 (89,2)	29 (91,0)	NS
Indirecta	9 (10,7)	3 (9,3)	NS
<i>Nivel de instrucción</i>			
Sin escolaridad	2 (2,3)	0	NS
Primaria incompleta	21 (25,2)	7 (21,8)	NS
Primaria completa	44 (52,3)	16 (50,0)	NS
Secundario incompleto	9 (10,7)	7 (21,8)	NS
Secundario completo	8 (9,5)	2 (6,4)	NS
<i>Controles de salud</i>			
Sin controles	29 (34,5)	20 (62,5)	< 0,05
Un control anual	9 (10,7)	5 (15,6)	NS
Dos controles anuales	17 (20,3)	3 (9,4)	< 0,05
Tres o más controles anuales	29 (34,5)	4 (12,4)	NS
<i>Tratamiento farmacológico</i>			
Indicado	79 (94,0)	26 (81,2)	NS
No indicado	5 (6,0)	6 (18,8)	NS
Cumplido	68 (80,9)	11 (34,3)	< 0,01
Incumplido (total)	11 (13,0)	15 (46,8)	< 0,01
Incumplido decisión propia	9 (81,8)*	12 (80,0)*	NS
Incumplido causas economic.	2 (18,1)*	3 (20,0)*	NS
<i>Tratamiento diurético</i>			
Indicado	77 (91,0)	25 (78,1)	NS
No indicado	7 (8,3)	7 (21,9)	NS
Cumplido	30 (35,7)	7 (21,9)	NS
Incumplido (total)	47 (61,0)	18 (72,0)	NS
Incumplido decisión propia	40 (85,1)*	16 (88,8)*	NS
Incumplido causas económic.	7 (14,9)*	2 (11,1)*	NS

**Tabla IV.** Factores de riesgo según cobertura.

	Con cobertura n = 84 n (%)	Sin cobertura n = 32 n (%)	p-valor
Hipertensión arterial	69 (82,1)	23 (71,8)	NS
Diabetes mellitus	28 (33,3)	10 (31,2)	NS
Tabaquismo	16 (19,0)	18 (56,2)	p < 0.0001
Dislipemia	29 (34,5)	10 (31,2)	NS
Sedentarismo	43 (51,1)	23 (71,8)	NS
Estrés	38 (45,2)	19 (59,3)	NS
<i>Índice de masa corporal (OMS)</i>			
< 20	1 (1,2)	0	NS
20-24.9	22 (26,3)	5 (15,6)	NS
25-25.9	36 (42,8)	13 (40,6)	NS
30-34.9	16 (19,0)	8 (25,1)	NS
35-39.9	7 (8,3)	2 (6,3)	NS
> 40	2 (2,4)	4 (12,4)	NS
Sobrepeso	36 (42,8)	13 (40,6)	NS
Obesidad	25 (29,7)	14 (43,7)	NS

sando con una frecuencia cardíaca mayor a 30 latidos/minuto y con deterioro hemodinámico, b) paciente con lesiones de tres vasos coronarios cuya indicación adecuada es la cirugía de revascularización, que se trató de modo incompleto con el implante de un *stent* (cánula endoluminal implantable) resolviendo solo parcialmente la enfermedad, c) paciente con estenosis aórtica severa sintomática con velocidad por ecodoppler mayor a 4m/seg, área menor a 1cm<sup>2</sup> o área valvular indexada menor a 0,6 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> y gradiente medio mayor a 40 mmHg, que solo recibió tratamiento médico no quirúrgico y no se le planteó que le tratamiento indicado era el reemplazo valvular.

En el transcurso del estudio, veintitrés pacientes fueron dados de alta médica a su domicilio, un paciente realizó el alta voluntario, setenta y dos fueron trasladados a la sala para completar sus estudios, siete pacientes fueron derivados a centros de mayor complejidad y trece fallecieron.

Del grupo de pacientes GEP se analizaron los dos subgrupos según contaran con cobertura médica (PAMI, otras obras sociales y prepagos) o carecieran de ella. Los resultados de sus características epidemiológicas y factores previos al ingreso se muestran en las Tablas III y IV, mientras que las causas que motivaron su internación así como su tratamiento y evolución en las Tablas V y VI. El segundo grupo considerado fue GDE con 30 pacientes que mostró: 25 pacientes masculinos (83,3%), edad global 54 años y edad según sexo, varones 55,9 años y

mujeres 54,2 años; con cobertura solo 10 pacientes (33,3%), sin cobertura 20 (66,6%). El nivel de instrucción mostró: 9 pacientes con primaria completa, 1 primaria incompleta, 9 secundaria incompleta, 9 secundaria incompleta, 1 nivel terciario completo y 1 terciario incompleto. La anamnesis fue directa en 27 pacientes (90%), los diagnósticos de ingreso fueron: SCA 21 (70%), insuficiencia cardíaca 3 pacientes, bradiarritmias 2, taquiarritmias 1, emergencia hipertensiva 1 y síncope 2. Solo un paciente presentó síntomas que refirió de más de un mes evolución, los otros 29 tuvieron síntomas con menos de una semana de evolución y la mayoría de ellos dentro de las últimas 72 horas. Veintisiete pacientes (90%) no tenían ningún tipo de control médico. Los FRV pueden apreciarse en la Tabla VII. En la evolución; 5 pacientes fueron dados de alta médica, 1 alta voluntaria, 20 pasaron a la sala a completar estudios, 2 fueron derivados a centro de mayor complejidad y se registraron 2 óbitos (6,66%).

### Discusión

Analizando los datos globales de los pacientes con enfermedad pre-existente predominaron los varones con 6 de cada 10 internaciones, pero la brecha fue mayor en un estudio realizado años atrás (datos no mostrados), y la edad media de los varones fue de 67 años con mujeres con edad media 12 años menor. Esto parece evidenciar que los cambios sociales

conquistados de igualdad y equidad de las mujeres frente a los hombres, se acompañan de una “masculinización” frente a las enfermedades, que cada vez las afecta más y a edad más temprana.

Los datos más relevantes en acuerdo con la hipótesis de este estudio, indican que el 41 % de los pacientes no realiza controles médicos, el 25 % no cumplen con la indicación médica farmacológica, y de ellos la gran mayoría (80 %) lo hace por decisión propia. Respecto a la indicación de una dieta, que constituye el primer escalón en el tratamiento (con alta sugerencia de los facultativos) 6 de cada 10 pacientes no la cumplen y al igual que en el tratamiento médico; y no parece ser la dificultad económica su causa. Los hallazgos muestran una mala adherencia a las dietas y la explicación debe buscarse no solo en los pacientes, que no dimensionan los riesgos, sino que se debe asignar responsabilidad a aquellos que brindan la atención médica y que deben invertir el tiempo necesario y utilizar todas las herramientas a su alcance para concientizar de la importancia de la población padeciente. Además, si se tiene en cuenta que los tratamientos fueron incompletos e inadecuados en cifras cercanas al 35 %, es razonable entender que un tercio de las internaciones en esta población podrían haberse evitado en concordancia con los datos encontrados en la literatura<sup>2,8</sup>. Son coincidentes en este sentido las afirmaciones del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria<sup>9</sup> que menciona que las intervenciones tempranas y una mejor atención primaria podrían evitar seis millones de hospitalizaciones anuales en América Latina y el Caribe. También lo referido a las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles, en el portal Atlas de Variaciones en la práctica Médica<sup>10</sup>.

A nivel global, la hipertensión arterial continúa siendo el factor de riesgo vasculares más prevalente, pero es innegable un aumento del exceso de peso en la población, en especial en Argentina, donde el sobrepeso junto a la obesidad se han elevado al 53,4 % según los datos de la Encuesta del año 2011 del Ministerio de Salud de la Nación<sup>11</sup>. En nuestra muestra se

observó una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 77 %. Actualmente el sedentarismo y el estrés son más prevalentes que la diabetes, las dislipemias y el tabaquismo. Sin embargo, acompañando al cambio en el peso promedio de las personas y en relación a trabajos presentados con anterioridad en la UCO (datos no mostrados), el incremento de la diabetes es sustancial y muestra un aumento en el número de internaciones del sector del doble. Esta observación es acorde con la proyección de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del incremento global de la diabetes entre 2000 y 2030<sup>12</sup>. Debemos también resaltar que ha descendido el porcentaje de fumadores de modo significativo, especialmente en adultos mayores respecto de la población de jóvenes y adultos de mediana edad<sup>13</sup>. Estos cambios demuestran falencias graves en la prevención secundaria. Es importante recordar que en las mujeres la falta de protección estrogénica se ha convertido en un fuerte condicionante de enfermedad, en el grupo de pacientes analizado el 90 % de las mujeres cursaban la menopausia.

En síntesis, se detectaron en nuestra población hábitos alimentarios inadecuados, un cambio en los factores de riesgo por otros de igual o peor pronóstico (menos tabaco, más sobrepeso, obesidad y diabetes), dificultades en la adherencia a las indicaciones médicas, más marcadas cuando se trata de una indicación dietaria, falta de control médico con periodicidad adecuada, sedentario y alto nivel de estrés. Estas características no pueden atribuirse solo a un deficiente nivel de instrucción ya que el 74,2 % poseían algún tipo de educación formal (primaria completa, secundario incompleto o secundario completo).

Por otro lado, abordando a los pacientes de los subgrupos con y sin cobertura médica se observaron cambios en la predominancia del sexo, en los pacientes con cobertura médica sigue siendo 6 de cada 10 hombres, y en el grupo sin cobertura hay 7,5 hombres de cada 10 (75,0 %), diferencia sin significancia estadística. Los paciente con cobertura médica tenían una edad promedio 17 años más elevada y la mayoría de ellos tenían PAMI (75 de 84 pacientes). Analizando los diagnósticos al

**Tabla V.** Diagnósticos al ingreso según cobertura.

	Con cobertura n = 84 n (%)	Sin cobertura n = 32 n (%)	p-valor
Síndromes coronarios agudos	28 (33,3)	11 (34,4)	NS
Bradiarritmias	20 (24,0)	1 (3,1)	<0.001
Insuficiencia cardíaca	9 (10,7)	5 (15,6)	NS
Síncope	5 (6,0)	0	NS
Emergencias hipertensivas	6 (7,1)	4 (12,5)	NS
Taquiarritmias	4 (4,8)	3 (9,4)	NS
Choque cardiogénico	3 (3,4)	1 (3,1)	NS
Taponamiento cardíaco	0	2 (6,3)	NS
Misceláneas	9 (10,7)	5 (15,6)	NS

**Tabla VI.** Tratamiento y evolución durante la internación.

	Con cobertura n = 84 n (%)	Sin cobertura n = 32 n (%)	p-valor
<b>Tratamiento</b>			
Completo /Adecuado	58 (69,0)	17 (53,1)	NS
Incompleto/Inadecuado	26 (30,9)	15 (46,8)	NS
<b>Evolución</b>			
Alta médica	21 (25,0)	2 (6,2)	NS
Alta voluntaria	1 (1,2)	0	NS
Pase a sala	48 (57,1)	24 (75,1)	NS
Derivación	5 (5,9)	2 (6,2)	NS
Óbito	9 (10,7)	4 (12,5)	NS

momento del ingreso predominó en ambos grupos la enfermedad coronaria (33,0%), que es la primer causa de mortalidad en el mundo, en América y en los países en vías de desarrollo; pero en los pacientes con cobertura médica hubo un predominio de las bradiarritmias (21,0%), patología inherente a su mayor edad y de fuerte contraste con los más jóvenes, donde solo alcanzó una prevalencia del 1,7%.

Los pacientes sin cobertura médica realizaron menos controles clínicos, adhirieron menos a los tratamientos farmacológicos y fumaron más respecto a los que poseen cobertura médica, con diferencias estadísticamente significativas. También adhirieron menos a la indicación de las dietas, pero sin significancia estadística.

Los GEP también recibieron mayor porcentaje tratamientos incompletos e inadecuados, aunque tampoco esto alcanza la significación estadística. Una causa probable por la cual no se encuentra significancia podría ser el tamaño de la muestra. Los resultados hallados no son concluyentes hasta que se demuestre sí, con la incorporación de un mayor número de pacientes, se mantienen los mismos resultados o aparecen cambios significativos. Se concluye que en nuestro trabajo el hecho de poseer o no cobertura médica, no parece ser un condicionante de lo expresado a nivel global en relación al punto final primario.

Por último, se discute el grupo GDE (N: 30). En este grupo predomina el sexo masculino con 8,3 hombres de cada 10 pacientes. Son más jóvenes (56 años promedio para varones y 54 años promedio para mujeres), y poseen factores de riesgo como sedentarismo, estrés y sobrepeso/obesidad en un porcentaje elevado, pero de los factores de riesgo clásicos se incrementa mucho el tabaquismo (56.6%). Está concuerda con los resultados del trabajo "Los menores de 40 años. Un nuevo grupo etario en el Infarto Agudo de Miocardio" presentado en las Jornadas Aniversario del Hospital Evita en el año 2006 y en el congreso de la Federación Argentina de Cardiología en la ciudad de Rosario en el mismo año. El tabaquismo supera a la

hipertensión (30,0%). El punto de mayor impacto es que el 90% de estos pacientes no realiza controles médicos y que el motivo de ingreso que predomina en 3 de cada 4, es la enfermedad coronaria, lo cual muestra un fracaso extremo de la prevención primaria, la que no solo debe realizarse en el momento de la consulta médica, sino a través de campañas con estrategias múltiples. El estado debe asumir un rol importante en estas campañas para no solo disminuir el gasto público, sino para disminuir la morbilidad (discapacidad) y la mortalidad. Estos pacientes comienzan a enfermar en edad plena, promedio 55 años y los fallecidos pierden 20 años de su expectativa de vida teórica.

Las conclusiones de este trabajo indican que el análisis, el estudio y la interpretación de aquellos hábitos y condiciones de vida que nos determinan, persigue conocer las limitaciones, modificarlas y por ende mejorar la salud de nuestra población. Para ello debemos mejorar la prevención primaria y secundaria, insistir en una atención primaria de calidad, orientada a disminuir el fuerte impacto de los factores de riesgo prevalentes, replantear cómo actuar frente a las enfermedades más frecuentes y con ello avanzar a la meta de disminuir internaciones y/o hospitalizaciones que son evitables.

#### Referencias bibliográficas

1. Cohen Arazi, Hernán et al. Influencia de la cobertura médica sobre el tratamiento y el pronóstico del infarto con supradesnivel del ST.: Subanálisis del registro SCAR. Rev. Argent. Cardiol. 2015; 83(5): 406-411.
2. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part I. World Health Organization. Copenhagen. [Internet] 2006 [17 abr 2019]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)
3. Maglio F. Relación médico-paciente en el tercer milenio. Actual. Osteol 2014; 10(2):115-118
4. Pera Blanco Morales C. El Humanismo en la relación Médi-

- co-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina. Madrid: Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2001.
5. Tejer C. Las sociedades científicas y el humanismo médico. *Revista Argent. Cardiol* 2014; 82(4):340-341
  6. Laín Entralgo P. La estructura de la relación entre el médico y el enfermo. [Internet]. Edición 1961. Madrid: Revista de la Universidad de Madrid. [02 jun 2019]. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-estructura-de-la-relacion-entre-el-medico-y-el-enfermo-928822/>
  7. Piovano CF. La fuerza de las palabras: Las grandes olvidadas en la medicina del siglo XXI. *Inmanencia* 2017; 6(1): 98-103
  8. Rubinstein A, López A, Caporale J, Valanzasca P, Irazola V, et al. Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions as an Indicator of Primary Health Care Effectiveness in Argentina. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2014; 37(1): 69-81.
  9. Rubinstein A. Hospitalizaciones evitables, una forma de ahorro. BID mejorando vidas. [Internet]. 2016 [04 mar 2019]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/salud/es/hospitalizaciones/>
  10. Angulo Pueyo E, Ridaio Lopez M, Martínez Lizaga N, Seral Rodríguez M, Bernal-Delgado E. Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*. [Internet] 2015 [16 abr 2019]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/atlas-variaciones-practica-medica/>
  11. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Salud de la Nación. [Internet] 2011 [10 may 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
  12. Informe mundial sobre la diabetes-resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. Washington; 2016. [Internet] [22 abr 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
  13. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. World Health Organization. [Internet] 2015 [15 mar 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178574>